

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N° —

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

IVAN LEBRUN

Né le 26 Février 1904, à ROUEN (Seine-Inférieure)

CONTRIBUTION A L'ETUDE

du traitement de la prostatite post-blennorragique
par le vaccin antigonococcique de l'Institut Pasteur

Président de Thèse : M. le Professeur LEGUEU

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

—
1930

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N° —

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

IVAN LEBRUN

Né le 26 Février 1904, à ROUEN (Seine-Inférieure)

CONTRIBUTION A L'ETUDE

du traitement de la prostatite post-blennorragique
par le vaccin antigonococcique de l'Institut Pasteur

Président de Thèse : M. le Professeur LEGUEU

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

—
1930

LE DOYEN. M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARE.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	BRANCA.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AJOUANINE.	Neurologie et psychiatrie.
BERTIN	Pathologie médicale.
NARD (Henri)	Pathologie médicale.
NET	Physiologie.
NCHETIERE...	Chimie biologique.
OCQ	Pathologie chirurgicale.
ULÉ	Pathologie médicale.
DENAT	Pathologie chirurgicale.
ATHALA	Pathologie médicale.
ABROL	Pathologie médicale.
EVALLIER..	Pathologie médicale.
udart-d'Allaines.	Pathologie chirurgicale.
OGNON	Physique.
ONZELOT ...	Pathologie médicale.
ALLE	Obstétrique.
Y	Urologie.
RNIER	Pathologie expérimentale.
STINEL	Bactériologie.
TELIER	Pathologie chirurgicale.
ROUD	Histologie.
RVIER	Pathologie médicale.
VELACQUE.	Anatomie.
TINEL	Pathologie médicale.
ANNON	Hygiène.
YEUX	Parasitologie.
BBÉ (Henri).	Chimie biologique.

MM.

LAROCHE (Guy)...	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI.	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MERCIER (Fern.)..	Pharmacologie.
MILLOT	Histologie.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIEVRE.	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SEZARY	Dermatologie et syphili- graphie.
VALLERY - RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

USQUET	Pharmacologie.
UENIOT	Obstétrique.
EQUEUX	Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE..	Parasitologie.
RETTERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	CHEVASSU ...	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale.
DEBRÉ	Clinique médicale.	MATHIEU	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
FISSINGER. . .	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LÉRI	Clinique médicale.	SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	LE LORIER ...	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LEVÉ-SOLAL . .	Clinique obstétricale.
		METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique l'adulte pour les accidentés du travail mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLET-BERT	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEGUEU
Professeur à la Faculté de Médecine ;
Chirurgien des Hôpitaux.

A MES MAÎTRES

DANS LES HOPITAUX DE PARIS :

M. le Docteur CATHALA (Saint-Louis) ;

M. le Professeur CLAUDE (Sainte-Anne) ;

M. le Professeur GUILLAIN (Salpêtrière) ;

M. le Professeur LEGUEU (Necker) ;

M. le Docteur LORTAT-JACOB (Saint-Louis) ;

M. le Professeur SÉBILEAU (Lariboisière) ;

M. le Professeur TERRIEN (Hôtel-Dieu) ;

M. le Professeur TEISSIER (Claude-Bernard).

A MESSIEURS LES PROFESSEURS
DE L'ECOLE DE MEDECINE DE ROUEN

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE ROUEN :

M. le Professeur DÉVÉ ;

M. le Professeur PETIT ;

M. le Docteur SAMSON ;

M. le Docteur VALLÉE.

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales nous nous faisons un devoir de remercier nos Maîtres qui ont bien voulu nous guider dans nos études.

Nous prions M. le Professeur Legueu de bien vouloir agréer notre respectueuse reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Nous exprimons toute notre gratitude à M. le Docteur Castagnol, médecin des Hôpitaux de Rouen, qui nous a offert le sujet de cette thèse et nous a si obligeamment communiqué des observations.

INTRODUCTION

La question que nous avons prise comme sujet de thèse offre un intérêt pratique très net.

La prostatite est en effet une complication fréquente de la blennorrhagie pouvant apparaître même après une longue phase de guérison clinique que l'on croyait définitive.

De plus, elle est désespérante par sa ténacité.

Les massages prostatiques combinés aux grands lavages et à la dilatation ont donné des succès, mais le traitement est la plupart du temps très long et les récidives fréquentes.

Nous avons pensé, et nos observations plaident en faveur de notre thèse, qu'en associant au traitement local, la vaccinothérapie, nous obtiendrions des résultats plus rapides et des guérisons définitives.

Commençons par dire que la majorité des rechutes de la blennorrhagie est due à la littrite glandulaire et que la prostatite, souvent mise en cause, doit être moins fréquemment incriminée.

L'étude des antécédents du malade nous fournira

des présomptions sur l'atteinte possible de l'urètre postérieur et de la prostate.

Dans certains cas de prostatite chronique, la symptomatologie clinique est assez marquée et les troubles accusés par les malades mettent d'emblée sur la voie du diagnostic.

Ce sont, la plupart du temps, des symptômes de cystite avec pollakiurie et douleurs à la fin de la miction qu'accompagnent souvent des sensations de pesanteur au périnée, continues ou intermittentes.

Dans d'autres cas, au contraire, il n'existe aucun symptôme douloureux, mais seulement une goutte matinale au méat et des filaments dans les urines.

Nous avons même noté chez les adultes jeunes un amoindrissement ou une disparition de la puissance génitale.

Si nous faisons d'abord uriner le malade dans trois verres, nous constatons dans le premier et troisième la présence de filaments lourds, tombant au fond du verre, en forme de virgule, très différents par conséquent des filaments fins et légers de la littrite.

Le toucher rectal nous montre une prostate augmentée de volume, douloureuse, tantôt molle, tantôt présentant des noyaux indurés enchâssés dans sa masse.

L'urine du deuxième jet, recueillie après massage de la prostate, est trouble et contient des filaments.

L'examen cytologique, après centrifugation, montre la présence des cellules du pus.

HISTORIQUE

La prostatite chronique est connue depuis longtemps et les auteurs ont cherché des traitements actifs contre cette affection décevante par sa ténacité et ses récidives.

Lowenfeld en 1858 et Estlander en 1879 pratiquaient des massages digitaux de la prostate.

Luys, dans son traité sur la blennorrhagie, recommande le massage digital tous les deux à trois jours, d'une durée de trois à six minutes.

Feleki eut l'idée de substituer au massage digital le massage instrumental avec un appareil dont il est l'inventeur.

Le Fur, considérant que c'est l'élément glandulaire de l'urètre postérieur qui est surtout enflammé, préconise la dilatation simple ou électrolytique. Il y associe l'électromassage de la prostate ou le massage vibratoire.

D'après lui, cette méthode agirait efficacement en cas de noyaux indurés, permettant l'évacuation de

ces derniers et la résorption des exsudats. Mais il ajoute qu'il faut savoir s'armer de patience et constate qu'en cas de sclérose définitive il faut abandonner tout espoir de guérison.

De Sard inaugura le massage vibratoire dû au passage d'un courant d'eau.

Hogge, Denis Courtade, Janet employèrent eux aussi l'électricité comme moyen thérapeutique.

Ils pratiquèrent le massage avec le courant galvanique et faradique. Une électrode positive au périnée, une électrode négative dans le rectum. Ils faisaient passer un courant de 5 à 10 milliampères pendant 5 à 10 minutes.

Sous l'action du courant, les muscles prostatiques et périprostatiques se contractent et les glandes expulsent leurs produits pathologiques.

Denis Courtade et Louis Phelip employèrent les courants de haute fréquence.

De là à utiliser les rayons X et la radiumthérapie, il n'y avait qu'un pas vite franchi d'ailleurs. On pensa ainsi stériliser le contenu microbien de la prostate.

En Amérique, Lazarus employa cette dernière thérapeutique.

Duhot et Luys, constatant les heureux effets de la chaleur sur les lésions inflammatoires, construisirent des calefacteurs électriques, mais les résultats obtenus ne leur donnèrent pas grande satisfaction.

Cette méthode compliquée est aisément remplacée par l'usage des lavements chauds.

A côté des partisans des traitements électriques, il y eut les partisans de la dilatation.

Oraison conseillait la dilatation simple ou électrolytique.

Luys pratiquait la dilatation avec béniqué simple jusqu'au 60 pour employer ensuite le dilateur laveur de Franck.

Il recommandait d'employer un liquide bien chaud, le plus souvent une solution boriquée, et proscrivait les lavages au permanganate de potasse sous peine de ne pouvoir retirer l'instrument.

Dufké a traité les lésions de la prostate par les vapeurs formolées ou iodées.

Le professeur J. Cano, de San-Salvador, est allé jusqu'à injecter dans les lobes prostatiques, avec une longue aiguille traversant le périnée, 40 à 60 cm³ d'une solution de méthyl-phénol-sérum.

Nous citons pour mémoire la méthode d'aspiration de Bier.

Certains auteurs ont proposé le traitement par des sérums antigonococciques en injections urétrales ou intra-musculaires.

Des virus vaccins ont été aussi employés en applications locales. Le tout sans grands résultats.

Tansard essaya la thérapeutique par le choc en pratiquant des injections d'argent lipoidique associées aux injections de lait.

Le vaccin antigonococcique de l'Institut Pasteur a été employé en injections intra-musculaires sans lui associer le traitement local.

Des succès ont été obtenus, mais nous avons toujours constaté qu'en associant la vaccinothérapie aux massages prostatiques et aux grands lavages, nous avons des résultats bien meilleurs et des guérisons plus rapides et plus nombreuses.

BACTÉRIOLOGIE

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, l'examen microscopique de l'exsudat prostatique ne montre pas toujours la présence du gonocoque.

Noguès et Durupt ont constaté dans les urétrites chroniques la présence de ce germe dans 40 % des cas.

C'est dire que la plupart du temps on ne trouve que des microbes banaux, cocci à Gram positif, colibacilles, staphylocoques. Ces derniers microbes ont d'ailleurs été le plus souvent rencontrés.

Mais des récidives et des contaminations lointaines ne s'en sont pas moins produites malgré la négativité des examens microscopiques.

Ces faits qui paraissent paradoxaux d'emblée peuvent s'expliquer :

L'examen direct de l'exsudat ne peut être considéré comme une épreuve de guérison définitive.

Il a été souvent mis en défaut par la spermoculture, celle-ci nous donne des résultats positifs alors

que la première méthode ne permet pas de déceler la présence du gonocoque.

Il est possible qu'il existe des formes gonococciques modifiées, vivant en saprophytes, profondément cachées dans les recessus glandulaires prenant mal les colorants, capables de reprendre un jour leur vitalité et leur virulence première.

D'après Lebreton et Guiscard, la spermoculture sur milieux favorables au développement du microbe permettra d'affirmer la présence ou l'absence du gonocoque.

Lebreton a même affirmé que 80 % des blennorragiens considérés comme guéris sont, après culture du sperme, trouvés porteur de ce microbe.

Janet considère cette proportion trop forte eu égard aux contaminations cliniquement constatées.

Cette méthode a permis à Boeckel, de Strasbourg, après Lebreton, Guépin, Noguès et Darget, de constater l'existence indubitable d'un gonococcisme latent sans urétrite préalable.

Dans cette forme, peu fréquente d'ailleurs, il semble que le gonocoque ne fait qu'irriter légèrement l'urètre et se loge très rapidement dans la zone génitale qui devient une retraite presque inexpugnable. D'ailleurs, les lésions vésiculo-prostatiques sont peu importantes et seule la spermoculture donne la clef du diagnostic.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'urétroscopie postérieure a permis de se rendre compte de visu des lésions de l'urètre prostatique et du veru montanum. Les conduits éjaculateurs sont souvent oblitérés par des infiltrations molles ou du tissu scléreux. Les glandes péri-urétrales nous apparaissent congestionnées et turgescents. La glande prostatique elle-même n'échappe pas au processus pathologique. Elle est souvent augmentée de volume dans sa totalité ou partiellement. On trouve alors, à côté d'un lobe normal, l'autre lobe particulièrement développé.

Dans certains cas elle ne paraît pas modifiée et même, ce qui est assez rare, elle paraît plus petite qu'à l'état normal. On constate fréquemment des bosselures irrégulières donnant l'aspect d'un grain de chènevis enchâssé dans sa masse; la consistance est irrégulière : à côté de points durs, des zones de moindre résistance.

La coupe de la glande rencontre un tissu rougeâtre, friable et dur par endroits, laissant s'écouler un liquide laiteux, quelquefois teinté de sang.

Le microscope nous montre des lésions disséminées dans la glande, de préférence au niveau des conduits et des culs-de-sac glandulaires.

Les acini sont remplis de pus et de débris épithéliaux. Des leucocytes en diapédèse infiltrent le tissu interstitiel péri-acineux. Peu à peu, des éléments conjonctifs apparaissent formant un tissu scléreux qui va étouffer les acini ou les rendre kystiques. Ces derniers ont une importance capitale; lors de leur rupture spontanée, ils réinfectent l'urètre; l'urétrite chronique est alors constituée.

Ces phénomènes d'irritation chronique aboutissent, dans certains cas, à la prolifération glandulaire intense. Albarran a pu saisir des formes de transition entre la prostatite chronique et l'adénome.

Young, de son côté, a observé des figures de dégénérescence maligne. D'après lui, la prostatite chronique peut très bien aboutir au cancer de la prostate.

TRAITEMENT

Nous avons employé, dans les observations que nous rapportons, la vaccinothérapie par le vaccin antigonococcique de l'Institut Pasteur associée aux massages prostatiques et aux grands lavages.

Nous attirons l'attention sur ce fait que nous avons trouvé à l'examen bactériologique de la sécrétion prostatique de neuf malades, six fois du staphylocoque, une fois du colibacille, deux fois des microbes indéterminés.

Il semble donc que si l'on veut employer un traitement vaccinothérapique, il doit être anti-staphylococcique ou tout au moins polymicrobien.

Bien qu'au point de vue théorique le fait soit paradoxal et semble soulever de grosses objections, nous restons fidèle au vaccin antigonococcique pour les raisons suivantes :

Nous croyons que le vaccin agit de deux manières différentes, à savoir une action de choc protéinothérapique complétée par une action antimicrobienne spécifique.

Cette action de choc a été admise par Widal, Jausion et Drot.

Louis Bory a d'ailleurs insisté sur la nécessité d'une réaction fébrile de l'organisme, ayant constaté la guérison après les fortes réactions.

D'autre part, si nous ne trouvons pas de gonocoques dans tous nos examens bactériologiques, il se peut qu'ils soient modifiés morphologiquement comme le prétendent Legueu et Porcelli. Si donc le gonocoque vit à l'état de saprophyte, caché dans les recessus glandulaires de la prostate, il semble rationnel d'appliquer la vaccinothérapie spécifique.

Les autovaccins que nous avons employés paraissent avoir donné un choc primitif moins brutal et, de ce fait, nous avons constaté une action moins nette.

Pour la même raison, les autres stocks vaccins que nous avons utilisés ne paraissent pas avoir donné de meilleurs résultats.

En examinant la courbe thermique des malades soumis au vaccin, nous avons constaté, quelques heures après l'injection, une forte réaction thermique pouvant aller jusqu'à 40 due à une action de choc et secondairement une élévation thermique moins forte qui pourrait correspondre à l'action antimicrobienne du vaccin.

Comme nous le montrons dans nos observations, nous avons constaté après massage et la deuxième ou troisième injection de vaccin une diminution dans le nombre des noyaux durs et un assouplisse-

ment de la glande qui a paru se vider sous la pression digitale.

En même temps apparaissait une sédation très nette des phénomènes douloureux.

L'observation I en est un cas typique. Nous avons pratiqué plusieurs séries de massages sans résultat et il nous a fallu l'association de ces derniers avec la vaccinothérapie pour voir disparaître les phénomènes morbides.

Comme technique nous pratiquons les injections intramusculaires de préférence à la partie supérieure de la fesse : la réaction douloureuse nous ayant paru moins intense qu'à la cuisse.

Nous commençons par la dose de $\frac{1}{2}$ cm³ et en tâtant la réaction du sujet nous montons progressivement à 2 cm³. Nous faisons des séries de 5 à 10 injections.

Nous pratiquons ces injections tous les deux ou trois jours, suivant la tolérance du sujet.

Comme traitement local, nous avons associé, à chaque séance de piqures, des massages de prostate avec vessie pleine d'une solution d'argyrol au 1/1000° ou d'oxycyanure de mercure au 1/2000°.

Plus tard nous faisons, s'il reste des phénomènes d'infection, une injection massage de tout l'urètre avec une solution de bleu de méthylène au 1/15°.

Malgré la forte concentration de cette solution, celle-ci est bien tolérée et n'a jamais donné lieu à aucune réaction dangereuse.

Nous pratiquons ensuite, si cela est nécessaire, une

série de dilatations progressives aux béniqués, ces derniers étant enduits de la solution suivante :

Bleu de méthylène.....	1 gr.
Glycérine.....	} aa 10 gr.
Eau.....	

Cette solution nous a mis à l'abri des complications infectieuses post-traumatiques que peut donner, dans un urètre infecté, le passage d'un instrument métallique.

Le seul inconvénient de cette solution est la coloration intense des taches.

Quant la prostate paraît souple et non douloureuse et que l'examen clinique de l'urine, fraîchement émise dans trois verres, ne présente plus de filaments, nous procédons à l'épreuve des tests de guérison; ceux que nous avons employés sont les suivants :

Nous procédons pendant plusieurs jours aux injections de nitrate d'argent au 1/1000^e et nous conseillons au malade l'ingestion de bière.

Nous contrôlons ensuite l'état de l'urètre postérieur par l'urétroscopie.

Si, après ces épreuves, les filaments n'ont pas reparu, si la prostate est restée souple et non douloureuse, si à l'urétroscopie postérieure nous ne constatons aucune lésion inflammatoire, nous considérons le malade comme guéri.

Dans deux cas, nous y avons ajouté la spermo-culture.

Mais si nous pensons avoir fait le maximum de

ce que l'on peut réclamer comme tests, nous savons que cette méthode peut être mise en défaut. Comme l'a fait justement remarquer Gautier, il s'est présenté des cas de contamination malgré la négativité des épreuves. Darget d'ailleurs s'attache non seulement à l'examen du sperme, mais aussi à celui du liquide prostatique recueilli par massage, attachant une grande importance à la formule cytologique des liquides examinés, chose trop fréquemment négligée. Selon lui, cet examen montre l'existence ou l'absence d'un état inflammatoire. Seule les cultures répétées nous fixeront sur la nature de l'élément microbien.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

F. E..., 48 ans, vient consulter le 7 mars 1929, parce qu'il présente des envies fréquentes d'uriner et des douleurs très vives à la fin de la miction. Il se plaint d'uriner une dizaine de fois dans la journée et 4 à 5 fois la nuit.

Dans ses antécédents, on note une première blennorragie à l'âge de 22 ans, une deuxième en 1928. Ces blennorragies ont été soignées par des injections. Il n'a pas été fait de tests de guérison.

Depuis, le malade a toujours constaté une goutte matinale, blanchâtre, avec filaments dans les urines, mais il n'a présenté aucun trouble dans la miction et aucun autre symptôme qui puisse l'alarmer.

Il s'était marié et, d'après ses dires, sa femme n'aurait présenté aucun accident génital aigu. Nous n'avons d'ailleurs pu examiner cette dernière et voir si elle était atteinte de métrite.

En 1926, le malade avait constaté une pesanteur au niveau de l'anus ayant duré une quinzaine de jours, survenue après des coïts répétés et qui avaient cédé à un traitement par petits lavements chauds.

Le 3 mars 1929, il s'aperçut dans le courant de la journée qu'il avait au méat une goutte blanchâtre peu abondante et

ressentit quelques heures après de la pesanteur dans l'anus et des envies impérieuses d'uriner.

En l'interrogeant, il nous déclare avoir employé des préservatifs depuis un mois au moins par crainte de contamination.

A l'examen, nous constatons dans le méat une goutte blanchâtre qui montre au microscope des éléments du pus et par coloration des diplocoques gram positif.

En faisant uriner le malade dans trois verres, on constate que les urines sont troubles et présentent, surtout dans le premier, de nombreux filaments gros et lourds composés de cellules épithéliales, de leucocytes très abondants avec présence de diplocoques gram positif.

Au toucher rectal, on trouve une prostate augmentée de volume surtout à droite. Dans le lobe gauche, le doigt rencontre un noyau induré très douloureux.

Nous conseillons au malade du repos, un régime lacto-végétarien, des cachets d'uroformine et de bleu de méthylène, en même temps que de petits lavements de 30 grammes d'eau bouillie avec 10 gouttes de laudanum.

Le lendemain, nous trouvons le malade légèrement amélioré. Les douleurs sont moins fortes, les mictions moins pénibles, mais les urines sont aussi troubles et contiennent autant de filaments qu'auparavant.

Le 9 mars 1929, nous faisons un léger massage de la prostate, après lavage uretro-vésical à l'oxycyanure de mercure, lavage qui passe d'ailleurs facilement et sans douleurs. Sous l'influence du massage se présentent au méat quelques gouttes purulentes contenant des diplocoques et des cellules du pus. Nous continuons le traitement en pratiquant tous les deux jours des massages prostatiques, la vessie étant garnie d'une solution d'oxycyanure au 1/4000.

Le 14 mars 1929, les urines sont toujours troubles, les mictions fréquentes et douloureuses. Le lobe droit de la prostate est diminué de volume, mais on note toujours à

gauche la présence du noyau induré et douloureux qui ne s'est en rien modifié.

Le 18 mars, urines troubles, le malade urine 4 fois le jour et 6 fois la nuit.

Le 25 mars, on constate que le lobe droit de la prostate est redevenu normal, mais il y a toujours persistance du noyau induré et douloureux du lobe gauche.

Nous continuons les massages, mais nous pratiquons entre temps de grands lavages uretro-vésicaux à l'argyrol au 1/1000. Les symptômes généraux sont améliorés très nettement, mais les urines restent troubles avec présence de filaments dans le premier verre.

Le 12 avril, les urines se sont éclaircies, mais des filaments lourds existent encore, et on retrouve au toucher rectal le noyau prostatique gauche toujours aussi induré, mais un peu moins douloureux.

L'examen microscopique des filaments montre toujours des polynucléaires, des débris epitheliaux et des diplocoques gram positif.

Le 16 avril, nous nous décidons à faire en même temps que des lavages et massages 1/2 cm³ de vaccin antigonococcique del'Institut Pasteur.

Trois heures après cette injection se manifeste une poussée fébrile ayant monté à 38° 5 et ayant persisté une dizaine d'heures environ.

Le 18 avril, pas de sensible amélioration, nous pratiquons alors une injection de 1 cm³ de vaccin qui produit une réaction identique à la précédente.

Le 20 avril, le noyau prostatique du lobe gauche nous paraît moins induré et le massage ne fait pas apparaître au méat d'exsudat appréciable.

Le 22 avril, nouvelle injection de vaccin de 1 cm³ 1/2; en pratiquant le massage nous constatons que le noyau est moins induré et moins douloureux, mais il apparaît au méat

une goutte blanc-jaunâtre contenant des polynucleaires et des microbes gram positif.

Le 26 avril, l'état s'est très amélioré, la prostate paraît normale, avec un léger degré d'induration persistant au niveau du noyau.

Nous pratiquons 2 cm³ de vaccin toujours associé aux massages et aux grands lavages à l'argyrol.

Le 29 avril, le malade nous déclare avoir eu une grosse réaction fébrile. Nous cessons les injections de vaccin et nous continuons les massages et les grands lavages, les 2, 6 et 8 mai.

La prostate est normale, les filaments ont disparu peu à peu. Il sort après massage un exsudat clair. Nous pratiquons alors chaque jour un grand lavage à l'oxycyanure au 1/4000, conseillant au malade de le garder une dizaine de minutes.

Le 24 mai, le malade ne se ressent plus de rien.

La fréquence des mictions est redevenue normale et les phénomènes douloureux ont disparu. La prostate est souple. Seul le premier verre contient encore un filament amicrobien avec quelques polynucleaires.

Le 31 mai, nous commençons les injections de nitrate d'argent, répétées tous les deux jours.

Le 4 juin, nous envoyons le malade au laboratoire pour faire un examen direct et une culture de sperme. Ceux-ci reviennent complètement négatifs.

Nous pratiquons alors une série de dilatations progressives au Béniqué du 44 au 56, le malade ressent aucune douleur même au passage de l'urètre prostatique.

Le 12 juin, une uretroscopie totale nous permet de constater que l'urètre postérieur est normal, le massage prostatique ne donne qu'un exsudat clair, les rapports ne sont plus douloureux.

Nous revoyons le malade le 3 juillet, et le 28 novembre la guérison a persisté.

OBSERVATION II

L. R..., 38 ans, vient consulter le 6 janvier 1930, parce qu'il a constaté la présence de filaments dans ses urines et l'apparition au méat d'une goutte matinale. Il se plaint en même temps d'une légère pesanteur au périnée les lendemains du coït, ceux-ci étant d'ailleurs très espacés, le malade étant très diminué au point de vue puissance sexuelle.

Nous commençons par rechercher si cette impuissance n'est pas dû à un diabète méconnu ou à une syphilis médullaire. Mais ces examens sont négatifs.

Nous constatons après avoir fait l'épreuve des trois verres que seul le premier contient des filaments longs et légers de littrite qui, examinés au microscope, nous montrent des polynucleaires sans microbes visibles à l'examen direct. Au toucher rectal, la prostate est légèrement augmentée de volume, bosselée, peu douloureuse.

Nous faisons alors au malade une série de lavages au nitrate d'argent qui font diminuer la goutte et les filaments sans d'ailleurs les faire disparaître complètement.

Le 20 janvier, nous pratiquons l'exploration du canal avec une bougie à boule n° 20, qui montre un point douloureux très net au niveau de l'urètre prostatique. Nous commençons alors une série de massages prostatiques associés à la vaccinothérapie. Nous pratiquons une injection de $1/2\text{ cm}^3$ de vaccin antigonococcique de l'Institut Pasteur, qui est suivie d'une légère réaction fébrile.

Le 22 janvier, le massage fait apparaître au méat une goutte blanchâtre.

Le 24 janvier, nous ne constatons aucune amélioration sensible et nous pratiquons une injection de 1 cm^3 de vaccin.

Le 26 janvier, la prostate paraît au cours du massage se vider sous le doigt, un exsudat blanchâtre assez abondant apparaissant au méat.

Nous injectons alors 1 cm³ 1/2 de vaccin.

Le 28 janvier, l'examen microscopique de l'exsudat montre des cellules du pus.

Le 30 janvier, la prostate est moins grosse, plus souple et l'explorateur à boule ne produit qu'une douleur minime au niveau de l'urètre prostatique.

Le 2 février, injection de 2 cm³ de vaccin et massage prostatique.

Le 5 février, la prostate est redevenue normale; nous décidons d'interrompre les injections de vaccin et nous faisons une dilatation progressive du canal jusqu'au n° 54.

Le 7 février, l'uretroscopie postérieure nous montre un urètre encore congestionné. Nous conseillons alors au malade des grands lavages avec une solution de nitrate d'argent du 1/4000 au 1/2000 tous les trois jours.

Le 16 février, cessation de tout traitement.

Le 16 avril, le malade, revenu consulter, nous déclare qu'il n'a plus rien ressenti et que sa puissance génitale s'est améliorée. Un examen bactériologique de l'exsudat après massage ne nous montre rien d'anormal.

OBSERVATION III

R. S... vient consulter, envoyé par un confrère, pour mictions fréquentes et douloureuses, avec urines troubles dans les trois verres. Le malade ayant un sommet douteux, on émet l'hypothèse probable d'une bacillose rénale. Toutefois à l'interrogatoire, on retrouve dans ses antécédents une blennorrhagie contractée deux ans auparavant, suivie de prostatite et d'épididymite gauche. Le malade a été alors soigné chez un médecin par des massages et des grands lavages à l'oxycyanure.

Au toucher rectal, nous trouvons une prostate grosse, légèrement indurée, les vésicules séminales ne sont pas injectées de suif, le cordon n'a pas la forme d'un chapelet,

l'épididyme gauche présente un noyau à sa partie antérieure.

Pour plus de sûreté avant de commencer tout traitement, nous faisons pratiquer, le 11 septembre 1929, un examen bactériologique des urines qui nous décèle la présence de staphylocoque uniquement, et une inoculation au cobaye qui nous revient négative.

Le 27 septembre 1929, après avoir partiqué une série de grands lavages combinés aux massages, les douleurs à la miction ont diminué, mais les urines sont toujours troubles.

Quelques jours après, le malade ayant accusé des douleurs lombaires et de la fièvre, nous pensons à la concomitance d'une pyelonephrite.

Nous nous décidons alors à pratiquer les injections intra-veineuses de septicemine en même temps que nous mettons le malade au régime et au repos.

A la suite de cette thérapeutique, les urines ne sont troubles que dans le premier verre, les douleurs rénales ont disparu et l'état général s'améliore.

Cette persistance des troubles des urines dans le premier verre, les antécédents blennorragiques du malade, l'état de la prostate permettent de penser qu'on se trouve en présence d'une prostatite post-blennorragique et nous font appliquer la vaccinothérapie associée aux massages et aux grands lavages.

Le 7 octobre 1929, première injection de $1/2\text{ cm}^3$ de vaccin antigonococcique de l'Institut Pasteur, n'amenant aucun changement dans le trouble des urines.

Le 9 octobre, deuxième injection de 1 cm^3 . La prostate est moins douloureuse et les urines sont plus claires dans le premier verre. Le massage fait apparaître au méat quelques gouttes purulentes.

Le 11 octobre, le malade ayant accusé une forte réaction thermique à 40° , à la suite de la deuxième injection, nous décidons d'arrêter le traitement par le vaccin, étant donné le doute que nous avons sur l'état pulmonaire.

Nous nous permettons seulement le massage prostatique et les grands lavages.

Le 28 octobre, le malade revient nous consulter ; il se considère guéri. Les mictions douloureuses ont disparu, les urines sont claires, la prostate est redevenue normale.

L'examen direct, la culture du sperme pratiquée au laboratoire sont négatifs.

Nous avons revu le malade depuis. La guérison a persisté, l'état pulmonaire ne s'est pas aggravé.

OBSERVATION IV

M. L... vient consulter, en octobre 1925, pour une blennorrhagie datant de 5 jours; l'écoulement est peu abondant, blanchâtre et contient des gonocoques intra-cellulaires. Seule l'urine émise dans le premier verre est trouble.

Nous pratiquons alors des injections d'argyrol et nous conseillons au malade des comprimés d'uroformine.

A la suite de ce traitement, l'écoulement diminue notablement. Seule une goutte purulente se présente au méat le matin.

Le 2 novembre 1925, la goutte matinale a disparu, les urines sont plus claires, le premier verre contient des filaments. L'examen microscopique de ces derniers décèle la présence persistante du gonocoque. Pour cette raison, nous continuons les grands lavages.

Le 8 novembre, le malade se plaint de symptômes de cystite. Les quelques filaments que l'on trouve dans le premier verre ne contiennent plus de gonocoques.

Cette crise de cystite dure quelques jours, puis tout rentre dans l'ordre.

Le 28 avril 1927, le malade revient consulter à nouveau, se plaignant de mictions fréquentes et douloureuses de pesanteur très marquée au périnée et de douleurs à la défécation. Les urines sont troubles.

Le toucher rectal, très douloureux, montre une grosse augmentation de volume du lobe gauche de la prostate.

Le 30 avril, les douleurs ont augmenté et sont devenues pulsatiles. Nous pensons alors à la formation d'un abcès prostatique et nous conseillons au malade le repos au lit et des lavements chauds avec de l'eau bouillie contenant X gouttes de laudanum.

Le 1^{er} mai, les douleurs spontanées sont devenues moins violentes; nous pratiquons avec douceur un toucher rectal qui nous donne en un point la sensation de moindre résistance. Une pression légère de ce point fait apparaître au méat un écoulement purulent assez abondant.

Nous pratiquons tous les deux jours des massages légers de la prostate et, quand l'abcès paraît s'être vidé, nous recommençons les grands lavages associés aux massages.

A la suite de ce traitement, la prostate n'est plus douloureuse, mais est encore légèrement augmentée de volume et présente une induration modulaire du côté gauche; les urines sont claires dans les trois verres.

Le 2 février 1928, le malade est repris à nouveau de symptômes de cystite, de l'apparition d'une goutte matinale au méat. A l'examen des urines, on constate, dans les trois verres, des filaments contenant des staphylocoques et des polynucleaires.

Le malade nous déclare, d'ailleurs, que depuis le 1^{er} janvier 1928, les mictions étaient à nouveau devenues douloureuses; ayant la sensation d'une brûlure au périnée en urinant.

Devant la persistance des récidives, nous nous décidons à combiner au massage la vaccinothérapie par le vaccin antigonococcique de l'Institut Pasteur.

Nous commençons donc par injecter 1/2 cm³ de vaccin.

A la deuxième piqûre, le malade nous déclare avoir eu une réaction fébrile nette, mais se sent nettement amélioré. De fait, les filaments ont disparu. Néanmoins, nous conti-

nuons le traitement tous les deux jours et, après la cinquième injection, nous trouvons une prostate souple et non douloureuse; la disparition des filaments persiste.

Les grands lavages qui passaient difficilement et étaient douloureux, sont pratiqués avec facilité et ne sont plus l'objet d'aucune sensation pénible.

Depuis les urines sont claires, les mictions sont normales, les éjaculations ne sont plus douloureuses, la prostate est souple et a repris son volume normal.

Un examen direct et une spermoculture pratiqués après l'épreuve de la bière et les injections réactivantes de nitrate d'argent sont revenues du laboratoire complètement négatives. Il en a été de même de l'uretroscopie postérieure qui ne nous a montré aucune trace de lésion inflammatoire.

Nous avons revu le malade depuis; la guérison a persisté.

OBSERVATION V

D. M... vient consulter le 17 février 1927, pour un écoulement persistant depuis 3 mois, surtout marqué le matin.

En novembre 1926, il nous dit avoir eu une blennorragie aiguë soignée par un confrère. Cette blennorragie s'est d'ailleurs compliquée d'une orchio-épididymite droite, améliorée par le repos au lit et le Néo-Dmégon. Ces injections n'auraient provoqué chez le malade aucune réaction fébrile.

A l'examen du malade, nous constatons une goutte jaunâtre au méat, contenant à l'examen microscopique des cellules du pus et de nombreux gonocoques.

Au toucher rectal, la prostate est souple du côté gauche, mais le lobe droit est augmenté de volume et présente une zone nette d'empâtement. On note la persistance d'un noyau douloureux sur la tête de l'épididyme droite.

Etant donné ces symptômes, nous commençons, le 20 février 1927, une série d'injections intra musculaires de

vaccin antigonococcique de l'Institut Pasteur, tous les deux jours.

Le 26 février, deux jours après la troisième injection, l'effet du vaccin se traduit seulement par une diminution de volume du noyau epididymaire qui n'est plus douloureux, mais la prostate est toujours augmentée de volume et empâtée à gauche et l'écoulement persiste, contenant toujours du gonocoque.

Nous faisons alors une série de grands lavages à l'argyrol pendant un mois, mais l'écoulement quoique diminué persiste encore. Ayant constaté par l'uretroscopie antérieure des glandes de Littre et des lacunes de Morgagni encore infectées, nous pratiquons la cautérisation ignée de ces dernières.

Le 12 mars, l'écoulement qui avait diminué notablement redevient aussi abondant; le premier verre d'urine est trouble et contient des filaments légers et lourds, le massage prostatique fait apparaître au méat une goutte blanchâtre, la prostate est toujours empâtée et augmentée de volume à droite.

Le 20 mars, n'obtenant aucune amélioration, nous décidons d'arrêter les grands lavages et nous commençons une série de massages prostatiques tous les deux jours, la vessie étant garnie d'une solution d'oxycyanure de mercure.

Le 15 avril, l'état du malade étant stationnaire, nous faisons une nouvelle série d'injections de vaccin antigonococcique de l'Institut Pasteur, mais nous les combinons aux grands lavages et aux massages. Ces injections produisent des réactions fébriles variant de 38° 5 à 39.

Progressivement, les symptômes régressent, le lobe droit diminue de volume, la sensation d'empâtement s'atténue, les urines s'éclaircissent.

Le 30 avril seuls persistent quelques filaments légers dans le premier verre.

Une uretroscopie totale montre la présence de quelques

glandes de Littre encore enflammées sur lesquelles nous pratiquons la cautérisation ignée.

Le 3 août 1927, nous revoyons le malade, les urines sont claires; l'examen microscopique des urines après centrifugation nous montre la présence de cellules epitheliales et de rares leucocytes.

Nous pratiquons l'épreuve de la bière et du nitrate d'argent. La guérison a persisté depuis ces épreuves de réactivation.

OBSERVATION VI

D. A... vient consulter le 28 janvier 1927, parce qu'il a des rapports douloureux. Il aurait eu, il y a quinze ans, des signes de cystite légère, sans epididymite, sans prostatite.

L'examen des urines nous montre la présence de filaments dans le premier verre. Au toucher rectal, nous trouvons une prostate légèrement augmentée de volume et bosselée. L'exploration du canal ne décèle aucun rétrécissement.

Après avoir soumis le malade à l'épreuve de la lière et du nitrate d'argent, nous pratiquons un examen bactériologique des urines et du liquide prostatique recueilli après massage. Ceux-ci nous révèlent la présence de microbes banaux.

Une série de massages prostatiques avec vessie garnie d'oxycyanure ne donne au bout d'un mois de ce traitement aucune amélioration : les éjaculations sont aussi douloureuses, la prostate est toujours bosselée et augmentée de volume.

Nous nous décidons à combiner aux massages une série d'injections de vaccin antigonococcique de Bruschetti. Ces dernières ne provoquent chez le malade aucune réaction fébrile. Deux jours après la septième injection, le malade nous déclare que ses éjaculations sont moins douloureuses, mais les filaments existent toujours dans les urines, la pros-

tate est aussi volumineuse et bosselée. Nous allions continuer les massages quand le malade a quitté la ville. Nous ne l'avons pas revu depuis et ignorons l'évolution de la maladie.

OBSERVATION VII

C. E... vient consulter le 8 avril 1928, parce qu'il présente depuis 8 mois un écoulement persistant. Il a contracté, il y a 10 ans, une première blennorragie. Il y a 9 mois, nouvelle contamination.

Les urines sont troubles et contiennent des filaments, l'examen microscopiques de ces dernières, après centrifugation, nous révèle la présence du gonocoque. Le toucher rectal nous montre une prostate douloureuse, augmentée de volume, présentant des noyaux indurés.

Nous commençons alors une série de grands lavages uretro-vésicaux à l'argyrol, associée aux massages, qui n'est suivie d'aucune amélioration. Nous pratiquons alors des injections massages avec une solution de bleu de méthylène au 1/100 qui amène une diminution marquée de l'écoulement, mais ce dernier devient à nouveau aussi abondant, ce traitement ayant été interrompu.

Devant la persistance et la tenacité de l'écoulement, nous décidons d'associer aux grands lavages et aux massages prostatiques des injections de vaccin antigonococcique de l'Institut Pasteur. Celles-ci ont donné des réactions thermiques nettes.

Après la huitième injection, l'écoulement a disparu, les urines sont claires et ne contiennent plus de filaments, la prostate est redevenue souple, son volume est normal, les noyaux indurés ont disparu.

Après l'épreuve de la bière et du nitrate d'argent, nous faisons un examen microscopique des urines après centrifugation et du liquide prostatique recueilli après massage.

Le gonocoque n'est pas rencontré; nous trouvons seulement quelques rares cellules épithéliales.

Depuis nous avons revu le malade, la guérison a persisté.

OBSERVATION VIII

R. B... vient consulter parce qu'il présente une goutte matinale au méat contenant du gonocoque.

Les urines sont troubles et renferment des filaments, la prostate est augmentée de volume et douloureuse.

Une série de grands lavages, suivie d'une cautérisation ignée des glandes de Littre, sous le contrôle de l'urétroscope, n'amène aucune amélioration. Un examen microscopique de la sécrétion prostatique après massage, ne décèle plus la présence du gonocoque, mais un bacille court indéterminé. La spermoculture elle aussi est négative.

Nous décidons de combiner aux grands lavages à l'argyrol et aux massages prostatiques, des injections intra-musculaires d'auto-vaccin.

Il nous a fallu pratiquer 24 injections pour amener la disparition des phénomènes morbides, encore n'avons-nous pu faire les épreuves de guérison, le malade ayant quitté la région.

CONCLUSIONS

I. — Bien que la littrite glandulaire soit le plus fréquemment en cause dans les cas de persistance ou de récidives de la blennorragie, la prostatite chronique est souvent un facteur de réinfection. Elle expliquerait les récidives tardives survenant après une apparence clinique de guérison.

II. — Le traitement habituel par grands lavages, massages et dilatation, est le plus souvent très long et ne met pas à l'abri des rechutes qui peuvent survenir à plus ou moins longue échéance, alors même que les résultats des tests habituels pouvaient faire croire à une guérison définitive.

III. — Le traitement par les moyens externes précédemment énumérés auxquels on associe la vaccinothérapie, de préférence la vaccinothérapie avec un vaccin antigonococcique actif, donne des résultats plus rapides.

IV. — Il faut que le vaccin employé donne un choc protéinothérapique assez net. Nous avons

accordé notre préférence au vaccin antigonococcique de l'Institut Pasteur parce qu'il semble avoir produit les meilleures réactions de choc.

Nous avons ainsi obtenu des résultats plus rapides et des guérisons qui nous ont semblé définitives, n'ayant pas constaté de réinfections et de récives, même lointaines.

Vu Bon à imprimer :

Le Président de Thèse,
LEGUEU.

Vu et PERMIS d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

Vu .

Le Doyen,
BALTHAZARD.

BIBLIOGRAPHIE

- BARBELLION. — Gonococcisme latent, recherche et traitement (XIX^e session de l'Association Française d'Urologie, Paris, 1919, page 213.)
- La vaccinothérapie de la blennorragie. (*Congrès Français d'Urologie*, page 165.)
- Spermoculture et auto-vaccination dans la blennorragie chronique (*Congrès Français d'Urologie*, 11 octobre 1924.)
- Note complémentaire sur le gonococcisme latent et la vaccination antigonococcique (XX^e session de l'Association Française d'Urologie, Paris, 1929, page 291.)
- BOECKEL. — Quelques cas de gonococcie génitale latente (*Strasbourg Médical*, 1926, tome II, page 200.)
- Gonococcie génitale latente sans urétrite gonococcique prémonitoire (*Strasbourg Médical*, 1926, tome II, page 77.)
- Spermoculture et auto-vaccination de la blennorragie chronique (*Société de Médecine du Bas-Rhin*, 24 novembre 1923.)
- BÖCKEL et BILGER. — Valeur de la vaccinothérapie dans la blennorragie. (*Revue de la Chirurgie*, 1923, page 572.)
- BONNET. — La vaccinothérapie dans les affections gonococci-ques (*Société de Médecine de Paris*, n^o 112, octobre 1923.)
- BOUQUET. — Vaccinothérapie antigonococcique (*Thèse de Paris*, 1919-20.)
- BARRIO DE MEDINA. — Vaccins et protéines dans le traitement

- de la blennorrhagie et de ses complications. (*Clin y Labora-*
toris, mai 1926 ; *Information Médicale*, septembre 1926.)
- BORY Louis. — Vaccinothérapie et staphylococcie, (*Monde*
Médical, 1^{er} novembre 1928.)
- CARLE. — Quelques succès des auto-vaccins dans les rechutes
subsistantes de la blennorrhagie. (*Clinique et Laboratoire*
n° 4, 20 avril 1926.)
- CANO J. — Injections intra-prostatiques de méthyl-phénol-
sérum (*Gazette des Hôpitaux* n° 23, 19 mars 1927.)
- CHEVALIER. — La blennorrhagie latente, récente et contagion-
nante (*L'Hôpital*, novembre 1926.)
- CRUVEILHIER. — Vaccinothérapie antigonococcique (*Journal*
de Médecine Française, 1919, pages 124-127.)
- Sérums et vaccins antigonococciques au cours de la
blennorrhagie, et ses complications. (*Archives Urologiques*
de Necker, tome III, fascicule II, page 129, 1921.)
- DARGET. — Sur quelques inflammations latentes à gonocoques
(*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*,
9 juin 1929.)
- DAVID. — Vaccinothérapie de la blennorrhagie (*L'Hôpital*,
avril 1924.)
- DEMONCHY. — Vaccinothérapie dans urétrite à gonocoques
(*Presse Médicale*, n° 76, 21 septembre 1921.)
- DURUPT. — Vaccinothérapie antigonococcique (*Thèse*, Pa-
ris, 1918.)
- DE SARD. — *Association Française d'Urologie*, pages 309, 1906.
- FRANÇOIS. — La vaccinothérapie antigonococcique dans les
affections à gonocoques. (*Archives Urologiques Necker*,
1913-14.)
- FRIGAUX. — Vaccinothérapie et protéinothérapie combinés
dans le traitement de la blennorrhagie. (*Presse Médicale*,
23 octobre 1926, n° 85).
- GAUTIER. — Contribution à l'étude de la vaccination anti-
gonococcique (*Thèse de Paris*, Bordeaux, 1929).
- GISCARD. — Contribution à l'étude et au diagnostic de la

blennorrhagie, gonococcisme latent et culture de sperme
(*Thèse de Toulouse*, 1922-23, n° 3.)

GUÉPIN. — Les porteurs de germes blennorrhagiques. Quand et comment on peut conclure à la guérison d'une gonococcie (*Moniteur Médical*, 16 novembre, 21 décembre 1920, 11 janvier, 1^{er} mars 1921.)

GRINBERG. — La vaccination antiblennorrhagique (*Journal de Médecine de Paris*, 4 février 1922, page 83.)

GRIPEKOVEN. — L'auto-vaccinothérapie et les blennorrhagies à rechutes (*Annales Institut Chirurgical de Bruxelles*, n° 7, janvier 1924.)

HETCH. — Traitement des complications gonococciques par l'auto-vaccin et l'auto-albumine, (*Berliner Klinische Woch*, n° 19, 2 mai 1921.

JANET. — Considérations générales sur la vaccination antigonococcique. (*Annales des maladies vénériennes*, n° 1, janvier 1920.)

JAUBERT. — Vaccinothérapie de la blennorrhagie aiguë et chronique (*Les Sciences Médicales*, 1926, page 260.)

JAUSION et DROT. — *Presse Médicale*, 28 décembre 1927 ; *Gazette des Hôpitaux*, n° 23, mars 1927.)

LEBEUF. — La vaccinothérapie antigonococcique. Etudes bactériologique et clinique (Baillière, éditeur, 1924 ; Maloine, éditeur, 1924 ; Thèse, Lyon, 1924.)

LE FUR. — La vaccination antigonococcique (*Expansion Scientifique Française*, 1921.)

— Sur la vaccinothérapie antigonococcique (*Bulletin Médical*, mars 1922.)

— Vaccinothérapie dans la blennorrhagie (*Les Sciences Médicales*, 1924, 30 avril).

— Vaccinothérapie de la blennorrhagie. (*Paris - Médical*, 7 mars 1925, page 222.)

— Vaccinothérapie et serothérapie dans la blennorrhagie et ses complications (*La Clinique*, mai 1923 ; *Scapel*, 2 août 1924.)

- LEBRETON. — Le traitement des porteurs de germes blennorragiques. (*L'Evolution Médico-Chirurgicale*, décembre 1920, page 42.)
- Diagnostic et traitement de la blennorragie latente chez l'homme (xx^e session de l'Association Française d'Urologie, Paris, 1920, page 293.)
- Du gonococcisme latent. (*Toulouse Médical*, 15 mai 1922, page 386.)
- LAZARUS. — (*Journal of Urology*, janvier 1927, page 37.)
- Radiothérapie profonde dans les maladies de la prostate.
- LEGUEU. — Archives urologiques de la Clinique de Necker.
- Influence des causes générales sur la persistance des urétrites chroniques (*Monde Médical*, 1^{er} novembre 1928.)
- LHUERRE. — Deux méthodes nouvelles du traitement de la blennorragie chimiothérapie et vaccinothérapie polymicrobienne (*Thèse*, Bordeaux, 1920.)
- MALTÊTE. — Essai du vaccin antigonococcique de l'Institut Pasteur (*Thèse*, Bordeaux, 1922.)
- MASSIAS Ch. — Culture de sperme et vaccinothérapie des infections blennorragiques chez l'homme (*Gazette Hebdomadaire des Sociétés Médicales de Bordeaux*, 29 avril 1929.)
- MAZOUYER. — Essai de traitement de la gonorrhée par les chocs (*Thèse*, Montpellier, 1926-27.)
- MORAGES. — La vaccinothérapie de la blennorragie. (*Association Médicale*, septembre 1926.)
- NOGUÈS et DURUPT. — Etude sur le gonococcisme latent (*Journal d'Urologie*, mai 1925.)
- ORAISON. — Congrès d'Urologie, 1907.
- PHÉLIP Louis. — Etincelage dans urétrite chronique (*Monde Médical*, 1^{er} janvier 1930.)
- PAILLARD. — Vaccinothérapie des affections gonococciques (*Journal Médical Français*, 1925, n° 3, page 105.)
- PHILIBERT. — Etat actuel de la vaccinothérapie en pathologie générale (*Monde Médical*, 1^{er} novembre 1928.)

- PINAULT. — La vaccinothérapie sous-cutanée et la vaccination locale dans la blennorrhagie. (*Thèse de Paris*, 1926 ; *Bulletin Général de la Thérapeutique*, 1926, page 277.)
- PORCELLI. — Modifications culturales morphologiques et de coloration du gonocoque (*Giorn Italy di Dermatolog, Sifilogd*, octobre 1929, page 1.255.)
- RENAUD-BADET. — Vaccinothérapie antigonococcique. (*Annales de la Dermatologie*, 1^{re} série, tome 1, n° 2, février 1920.)
- La vaccination antigonococcique dans la pratique journalière. (*L'Hôpital*, 1920, 26 juillet, page 490.)
- Etat actuel de la vaccinothérapie antigonococcique. (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, février 1920.)
- SEZARY. — Les conditions de la vaccinothérapie antigonococcique. (*Société de Médecine des Hôpitaux*, 22 avril 1921.)
- Remarque sur la vaccination antigonococcique (*Progrès Médical*), 14 mai 1921.)
- STERIAN. — Essai sur la vaccinothérapie antigonococcique polymicrobienne (*Journal d'Urologie*, tome x, ns 2.)
- TANSARD. — Traitement de la blennorrhagie par association vaccinothérapie et protéinothérapie. (*Presse Médicale*, 28 décembre 1927.)
- TAUT et DURAY. — Contribution à l'étude de la vaccinothérapie dans le traitement de la blennorrhagie. (*Bruxelles Médical*, 27 mars 1924.)
- ZIEGLER. — Les vaccins antigonococciques dans la pratique journalière (*Hôpital*, juillet 1920.)
- Les complications de la blennorrhagie et les vaccins (*Monde Médical*, n° 599, 1922.)
-

TABLE DES MATIÈRES

	PAGES
Introduction	13
Historique	15
Bactériologie	19
Anatomie pathologique	21
Traitement	23
Observations	28
Conclusions	42
Bibliographie	44
